

Schizophrenie: Früherkennung und Frühintervention

Bitte nehmen Sie sich für diesen Online-Kurs etwa eine Stunde Zeit. Danach...

- wissen Sie, dass schizophrene Psychosen meist langsam schleichend mit sogenannten Prodromalsymptomen beginnen,
- erkennen Sie eine beginnende Psychose,
- verstehen Sie, warum die Früherkennung und Frühbehandlung dieser Psychosen wichtig ist,
- wissen Sie, wie bei Verdacht auf beginnende Psychose weiter abzuklären ist,
- kennen Sie die Möglichkeiten der Frühintervention.

Das wissenschaftliche Patronat für diese Online-Fortbildung hat Frau Prof. Anita Riecher-Rössler übernommen.



Prof. Anita Riecher-Rössler

Ordinaria für Psychiatrie an der Medizinischen Fakultät der Universität Basel, Schweiz, und Chefärztin der Psychiatrischen Universitätspoliklinik der Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel, Schweiz

Viel Erfolg beim E-Learning!

Schizophrenie: Früherkennung und Frühintervention

Definition schizophrener Psychosen

Schizophrenien sind **Psychosen** unklarer Ursachen. Sie zeichnen sich aus durch grundlegende und charakteristische Störungen von **Denken** und **Wahrnehmung** sowie durch inadäquate oder verflachte **Affektivität**.

Die Akutsymptomatik ist vor allem geprägt durch die sogenannten **Produktiv- oder Plussymptome**:

Wahn: Objektiv falsche, aus krankhafter Ursache entstehende Überzeugung, die trotz vernünftiger Gegengründe mit Gewissheit aufrechterhalten wird.

Halluzinationen: Sinnestäuschungen ohne reales Wahrnehmungsobjekt.

Ich-Störungen: Denken, Wollen, Handeln werden als von aussen gemacht erlebt.

Nach Abklingen der Akutsymptomatik verbleiben häufig sogenannte **Defizit- oder Minussymptome**: Verminderung des Antriebs und der Energie, der Konzentration, der Gefühle, der Sprache, der Kontaktfähigkeit etc.

Epidemiologie

Inzidenz: Die Schizophrenie ist häufig: Jedes Jahr erkrankt durchschnittlich einer von 10'000 Menschen neu.

Lebenszeitprävalenz: ca. 0.5%

Die Schizophrenie beginnt meist in jungen Jahren:

Bei Männern im Durchschnitt Mitte 20

Bei Frauen im Durchschnitt Anfang 30.

Die Häufigkeit scheint bei allen Völkern gleich zu sein, wenn man Erkrankungen mit der typischen Kernsymptomatik betrachtet.

Ätiologie und Pathogenese

Die Ätiologie schizophrener Psychosen ist noch nicht eindeutig geklärt. Sehr verkürzt und vereinfacht kann der derzeitige Stand des Wissens wie folgt zusammengefasst werden: Wahrscheinlich handelt es sich um eine Erkrankungsgruppe mit verschiedenen Ätiologien. Eine massgebliche Rolle bei vielen Patienten spielt eine erbliche Belastung. Bei manchen scheinen auch Komplikationen in der Schwangerschaft und perinatal ursächlich mitzuspielen. Die neueste Forschung geht davon aus, dass es durch diese und möglicherweise andere Kausalfaktoren zu diskreten Hirnentwicklungsstörungen kommt mit der Folge von minimalen Auffälligkeiten des Gehirns in Struktur und Funktion. Dies scheint die Basis einer erhöhten Vulnerabilität des Individuums für die Entwicklung einer Psychose zu sein.

Zur Psychose kommt es aber häufig erst dann, wenn auf das Individuum zusätzliche «Stressoren» einwirken, die die Auslösung der akuten Psychose triggern können. Solche Stressoren können psychosozialer Art sein, insbesondere emotional aufwühlende oder belastende Lebensumstände. Aber auch endokrine Veränderungen wie die Menopause mit ihrem Östrogenabfall scheinen den Ausbruch auslösen zu können, und nicht zuletzt Drogen wie Halluzinogene, PCP, Amphetamine, Kokain oder Cannabinoide.

In der akuten Psychose kommt es zu einer Neurotransmitter-Dysregulation des Gehirns, insbesondere mit überschüssiger dopaminerger Stimulation, weshalb die meisten in der Akutphase wirksamen Antipsychotika vor allem antidopaminerg wirken.

Früherkennung

Schizophrene Psychosen beginnen im Mittel schon mehrere Jahre vor der ersten Diagnosestellung und stationären Aufnahme. Im Anfangsstadium treten nur unspezifische Beschwerden wie Interessensverlust, sozialer Rückzug, geringe Belastbarkeit etc. auf. Der meist noch junge Mensch verhält sich «irgendwie merkwürdig», er ist «einfach nicht mehr der Alte» und kann die bisherigen Rollen in Beruf, Partnerschaft und Familie nicht mehr erfüllen – es kommt zu einem typischen «Knick in der Lebenslinie».

Bei ca. 70% der Patienten ist die Entwicklung schleichend: *Die ersten Jahre sind durch sogenannte **uncharakteristische Prodrome**, also ganz unspezifische Frühsymptome wie Veränderungen des Wesens, der Gefühle und der Leistungsfähigkeit geprägt.* Der Patient wird übersensibel, dünnhäutig. Er kann sich schlecht konzentrieren, v.a. bei Ablenkung. Er verliert Energie und Antrieb, alles fällt ihm schwer, er kommt morgens kaum noch aus dem Bett. Bei Jugendlichen wird dies oft fälschlicherweise als «Adoleszentenkrise» abgetan oder es wird – auch im späteren Alter – zunächst eine Depression diagnostiziert.

Der Patient kann sogenannte «Basissymptome» an sich selbst feststellen, also subjektiv erlebte Beeinträchtigungen der Denkabläufe, der Sprache und der Wahrnehmung. Im weiteren Verlauf werden diese Prodromalzeichen häufig immer spezifischer. Es kommt zu Misstrauen und sozialem Rückzug, ungewöhnlichen Interessen, eigentümlichen Vorstellungen und Wahrnehmungsverzerrungen.

Zunehmend entwickeln sich dann auch sogenannte **attenuierte, d.h. unerschwellige psychotische Symptome**. Dabei handelt es sich um Vorstadien von Wahn, Halluzinationen oder Ich-Störungen. Ein Patient erlebt sich z.B. als gemobbt, hat das Gefühl, bestimmte Menschen seien gegen ihn, es würde sich etwas gegen ihn zusammenbrauen etc. Er ist aber noch nicht wahnhaft davon

überzeugt, das heisst, das Kriterium des Wahns im Sinne einer unverrückbaren Überzeugung ist noch nicht erfüllt.

Oder aber der Patient erlebt Geräusche, Farben, alle möglichen Sinneswahrnehmungen intensiver oder verändert. Jedoch ist das Kriterium einer Halluzination – Wahrnehmung ohne reale Grundlage – noch nicht erfüllt. Es kann auch schon zu vereinzelt kurzen Halluzinationen wie Hören des eigenen Namens kommen, die aber schnell wieder vorübergehen.

Die möglichen Frühsymptome und Frühwarnzeichen einer beginnenden Psychose haben wir in der Risikocheckliste für Psychosen zusammengefasst (Tab. 1).

Tab. 1: Risikocheckliste für Psychosen

Wenn bei jungen Menschen anhaltende Veränderungen im Wesen oder in ihrer Leistung auftreten, sollte man immer an die Möglichkeit einer beginnenden Psychose denken. Achten Sie bitte auf folgende mögliche Frühzeichen oder Risikofaktoren, insbesondere wenn diese in den letzten Jahren neu aufgetreten sind.

A Frühsymptome

Veränderungen des Wesens

- ☐ Unruhe, Nervosität, Reizbarkeit
- ☐ Erhöhte Sensibilität, Überempfindlichkeit, Irritierbarkeit
- ☐ Schlafstörungen, Appetitlosigkeit
- ☐ Selbstvernachlässigung
- ☐ Plötzlicher Mangel an Interesse, Initiative, Energie, Antrieb

Veränderungen der Gefühle

- ☐ Depression, verflachte Gefühle oder starke Stimmungsschwankungen
- ☐ Ängste, vor allem Angst, geschädigt/bedroht zu werden

Veränderungen der Leistungsfähigkeit

- ☐ Geringe Belastbarkeit, v.a. bei Stress
- ☐ Konzentrationsstörungen, erhöhte Ablenkbarkeit
- ☐ Leistungsknick

Veränderungen im sozialen Bereich

- ☐ Misstrauen
- ☐ Sozialer Rückzug, Isolation
- ☐ Probleme in Beziehungen

Veränderungen der Interessen

- ☐ Plötzlich ungewöhnliche Interessen, z.B. für Religiöses oder übernatürliche Dinge, Magie etc.

Veränderungen der Wahrnehmung und des Erlebens

- ☐ Eigentümliche Vorstellungen, ungewöhnliches Erleben
- ☐ Ungewöhnliche Wahrnehmungen
- ☐ (z.B. Intensivierung oder Veränderung von Geräuschen oder Farben; Gefühl, man selbst oder die Umgebung sei verändert)
- ☐ Eigenbeziehungen (bezieht alles auf sich); Gefühl, beobachtet zu werden
- ☐ Beeinflussungserleben
- ☐ (Gefühl, andere können auf mich oder auf meine Gedanken Zugriff nehmen, mich kontrollieren, steuern)
- ☐ Ungewöhnliches hören oder sehen (wenn niemand/nichts anwesend ist)

B «Knick» in der Lebenslinie

- ☐ Auffälliger Leistungsknick, Schwierigkeiten im Beruf, in der Schule etc.
- ☐ Beruflicher Abstieg, Verlust des Ausbildungs- oder Arbeitsplatzes
- ☐ Auffällige Verschlechterung in der Beziehungsfähigkeit (Partnerschaft, Familie, Beruf etc.)

C Psychische Erkrankungen in der Verwandtschaft

- ☐ Psychose in der Familie/Verwandtschaft bekannt oder zu vermuten
- ☐ Psychische Erkrankungen in der Herkunftsfamilie

D Drogen

- ☐ Regelmässiger Konsum von Drogen (Alkohol, Cannabis, Kokain, Opiate, Amphetamine etc.)

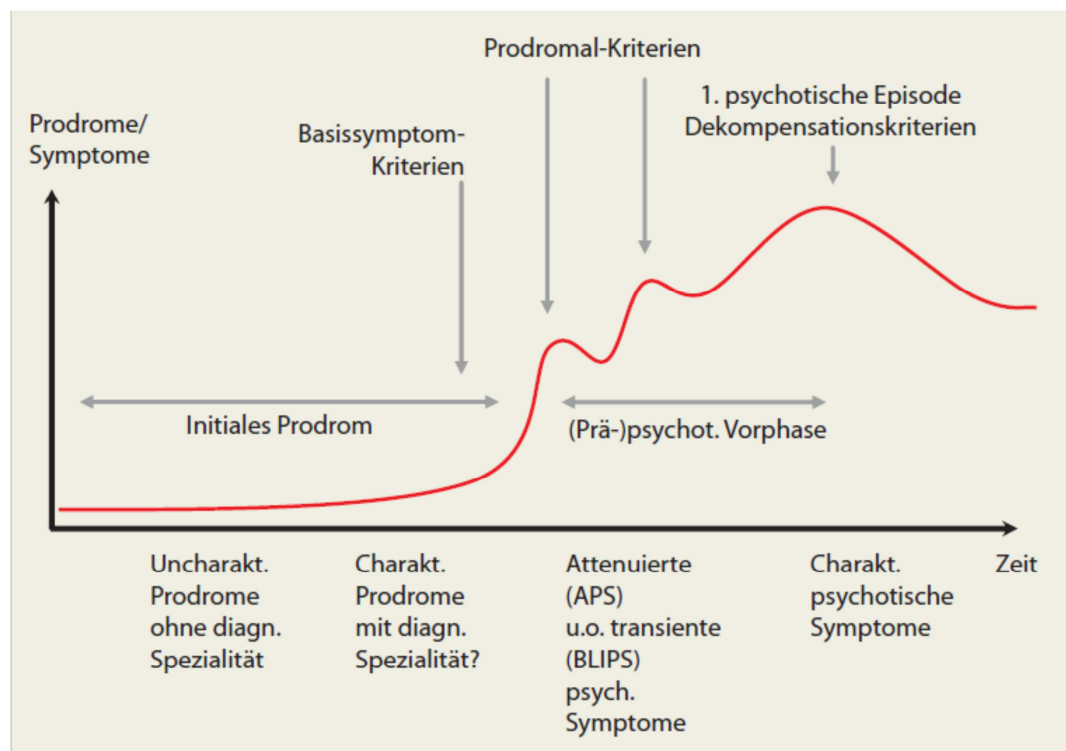
E Alter

- ☐ Ist die Patientin/der Patient unter 30 Jahre alt (auch späterer Beginn ist möglich)?

In dieser präpsychotischen Vorphase können auch **transiente, also vorübergehende psychotische Symptome** wie Wahn, Halluzinationen, Ich-Störungen auftreten, die sogenannten BLIPS (Brief Limited Intermittent Psychotic Symptoms). Diese sind dann jedoch nur von ganz kurzer, vorübergehender Dauer (max. 1 Woche mit spontaner Remission).

Erst dann kommt es zu einer ersten psychotischen Dekompensation mit anhaltenden Akutsymptomen wie Wahn, Halluzinationen oder Denkstörungen.

Wie die ABC-Studie (Age, Begin and Course of Schizophrenia) zeigte, dauert die unspezifische Prodromalphase im Mittel etwa vier bis fünf Jahre. Aber auch wenn schon psychotische Symptome vorhanden sind, verstreicht im Mittel etwa ein Jahr, bis die Psychose erkannt und behandelt wird (s. Abb. 1: Entwicklung der Psychose).



© Anita Riecher-Rössler

Abb. 1: Entwicklung der Psychose.

Folgen einer beginnenden Psychose

Bereits in der noch undiagnostizierten Frühphase kann die Erkrankung schwerwiegende Folgen haben. So führen die depressive Verstimmung, die Energie- und Antriebslosigkeit, die Denk- und Konzentrationsstörungen der beginnenden Psychose häufig zu einer deutlichen Einschränkung der Leistungsfähigkeit in Schule, Studium oder Beruf. Diese Symptome, die oft mit einer allgemeinen Irritierbarkeit, einer gestörten Kapazität der Informationsaufnahme und -verarbeitung und einem krankheitsbedingten Misstrauen einhergehen, führen zu einem allgemeinen sozialen Rückzug. Es kommt zu Beziehungsproblemen. Partnerschaften gehen in die Brüche oder werden schon von vornherein vermieden, der Kontakt zu Freunden wird reduziert.

Frühdiagnose

Aus den genannten Tatsachen ergibt sich, wie wichtig die Früherkennung, Frühdiagnose und Frühbehandlung ist. Je früher die Behandlung beginnt, desto besser ist die Prognose der Erkrankung. Inzwischen konnte klar gezeigt werden: Je später die Behandlung einsetzt, desto schwerwiegender sind die negativen Folgen der Erkrankung.

Konsequenzen einer verzögerten Behandlung können sein:

- Schlechtere Gesamtprognose
- Verzögerte und unvollständige Besserung der Symptomatik
- Kognitive Verschlechterung?
- Verlust grauer Hirnsubstanz?
- Notwendigkeit einer höheren Neuroleptikadosis
- Geringere Compliance

- Höhere Rehospitalisierungsrate
- Stärkere Belastung für Familien
- Höhere Behandlungskosten
- Erhöhtes Risiko für Depression, Suizid, Homizid, Alkohol, Drogen, Delinquenz
- Stärkere Beeinträchtigung der psychologischen, sozialen und beruflichen Entwicklung sowie der Lebensqualität

Übersicht bei Riecher-Rössler et al. [2006].

Abklärung

Kontaktaufnahme und Kommunikation mit den Patienten können in diesem Stadium der beginnenden Erkrankung sehr schwierig sein. Viele Patienten haben Schwierigkeiten, eine Praxis aufzusuchen oder Termine einzuhalten – bedingt durch zahlreiche Ängste und Misstrauen sowie die häufig vorhandene Minussymptomatik mit vermindertem Antrieb, desorganisiertem Verhalten und Motivationsstörung. Solchen Patienten sollte bei Verdacht auf Psychose unbedingt nachgegangen werden. Falls Angehörige besorgt sind und der Patient sich weigert, in die Praxis zu kommen, kann ein Hausbesuch geplant werden.

Beim Erstkontakt sollen folgende Regeln beachtet werden:

- Vorsichtige, vertrauensbildende Kontaktaufnahme
- Dem Patienten zuhören
- Auf die (psychotische) Angst eingehen
- Die Sichtweise des Patienten respektieren
- Reduzierte Fähigkeit zur Informationsaufnahme und -verarbeitung beachten
- Klares, eindeutiges, ehrliches Verhalten
- Angemessene, klare, alltägliche Sprache
- Informationen allmählich zusammentragen

- Die Vorgehensweise vorsichtig erklären
- Die Angst vor und den Widerstand gegenüber einer psychiatrischen Abklärung ernst nehmen, aber trotzdem darauf hinwirken
- Auf Suizidalität und ggfs. Fremdgefährdung achten

Sollte sich beim Patienten ein Verdacht auf die Entwicklung einer schizophrenen Erkrankung zeigen oder sollte er bereits an einer ausgeprägten Psychose leiden, wird er möglichst an einen Psychiater oder – falls in der Nähe vorhanden – an ein spezialisiertes Früherkennungszentrum überwiesen. Eine Hilfe bei der Erfassung des Psychose-Risikos gibt Tabelle 1 (s.o.). Viele der dort genannten unspezifischen Frühzeichen können selbstverständlich auch bei anderen psychischen Erkrankungen vorkommen. Spezifischere Hinweise sind aber zum Beispiel Misstrauen oder auch die Entwicklung von ungewöhnlichen Interessen, zunehmende kognitive Störungen mit anhaltender Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit und schliesslich Veränderungen der Wahrnehmung und des Erlebens.

Ist der Patient in irgendeiner Weise auffällig, kann er auch gebeten werden, einen Selbstbeurteilungsfragebogen auszufüllen (Tab. 2). Gibt er mehr als zwei der sechs fett gedruckten Items positiv an, hat er ein erhöhtes Psychose-Risiko.

Tab. 2: «Selbstscreen-Prodrom» – Ein Selbstbeurteilungsinstrument zur Früherkennung von psychischen Erkrankungen und Psychosen
[Kammermann et al., 2009]

Viele Menschen entwickeln im Laufe ihres Lebens psychische Probleme. Meist ist dies die Folge einer Belastung und die Krise geht wieder vorbei, wenn die Belastung vorbei ist. Manche Menschen verändern sich aber so anhaltend in ihrem Wesen und ihrer Leistungsfähigkeit, dass sie «einfach nicht mehr der Alte/die Alte» sind.
Bitte kreuzen Sie an, ob solche anhaltenden Veränderungen bei Ihnen in den letzten Jahren neu aufgetreten sind.

	Ja (trifft zu)	Nein (trifft nicht zu)
1. Erhöhte Sensibilität, Dünnhäutigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Überempfindlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Irritierbarkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Reizbarkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Nervosität, innere Unruhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Mangel an Energie, Antrieb, Initiative oder Interesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Misstrauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ängste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Depressive Verstimmung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Weniger Gefühle empfinden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Starke Stimmungsschwankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Konzentrationsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Erhöhte Ablenkbarkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Geringere Belastbarkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Veränderungen von Interessen (z. B. ungewöhnliches Interesse an Religiösem, Übernatürlichem)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Veränderung der Wahrnehmung (z. B. ungewöhnliche Dinge hören, sehen, riechen, schmecken)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Sich beobachtet, beeinträchtigt oder bedroht fühlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Ereignisse und Dinge mehr auf sich beziehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Sich von anderen beeinflusst oder gesteuert fühlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Ungewöhnliche Schwierigkeiten in Beziehungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Sich abkapseln, sich zurückziehen, sich isolieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Veränderungen im Verhalten (z. B. Selbstgespräche in der Öffentlichkeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Aussagen von anderen, dass sich Ihre Sprache verändert habe (z. B. nicht mehr so recht verständlich sei)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Auffälliger Leistungsknick, eventuell mit Schwierigkeiten im Beruf, in der Schule etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Vernachlässigung von Aufgaben und Pflichten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Beruflicher Abstieg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Verlust des Ausbildungs- oder Arbeitsplatzes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Verschlechterung in der Beziehungsfähigkeit (z. B. Partnerschaft, Familie, Beruf)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Regelmässigen Konsum von Drogen begonnen (Alkohol, Cannabis, Kokain, Opiate, Beruhigungsmittel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Bisherige psychiatrische oder psychologische Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Gab es in Ihrer Familie und Verwandtschaft psychische Erkrankungen? (z. B. Schizophrenie/Psychosen, Depression)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

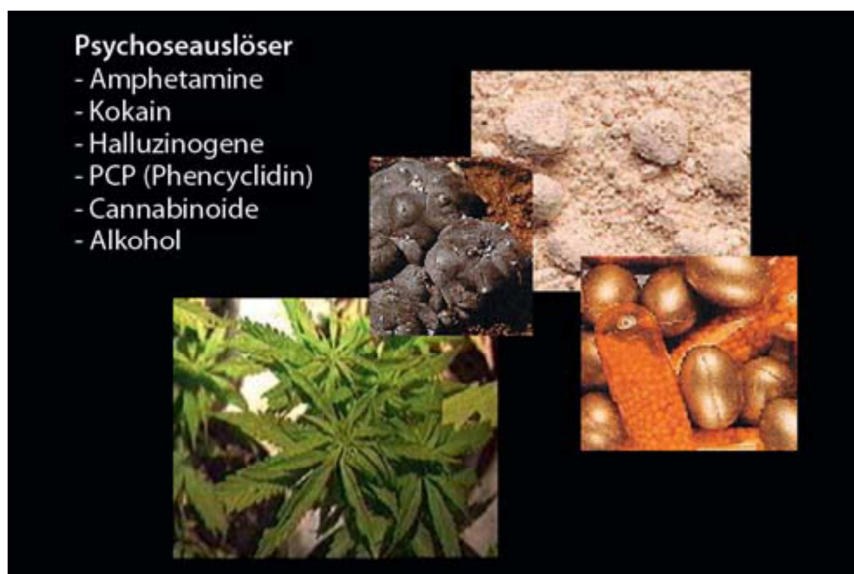
Bitte prüfen Sie, ob Sie alle Fragen beantwortet und keine ausgelassen haben!
Wenden Sie sich bitte an einen Psychiater, wenn Sie insgesamt mehr als 6 Fragen mit «Ja» beantwortet haben oder mindestens 2 der 6 fett markierten.

© Anita Riecher-Rössler

Differentialdiagnose

Von grosser Bedeutung ist in diesem Stadium auch die Differentialdiagnose bzw. der Ausschluss organischer oder exogener Ursachen der Psychose, die von

drogeninduzierter Psychose bis zu Psychosen bei den verschiedensten hirnbeteiligten Erkrankungen reichen können. Dabei ist zu beachten, dass auch bei Psychosen Drogen häufig nur der Auslöser, nicht aber die eigentliche Ursache der Erkrankung sind. Schizophrenieähnliche Psychosen sollten also nur dann als «Drogenpsychose» betrachtet werden, wenn sie ausschliesslich in eindeutigem zeitlichen Zusammenhang mit Drogeneinnahme auftreten und nach Absetzen der Droge auch wieder verschwinden (Abb. 2). Gerade Cannabis-Abusus ist bei Psychose-Kranken sehr häufig. Hier sollte keine «Drogenpsychose» diagnostiziert werden. Vielmehr ist es häufig so, dass Patienten im Prodromalstadium einer Psychose Cannabis nutzen, um ihre Symptome zu dämpfen, nicht wissend, dass sie dadurch die psychotische Symptomatik vollends auslösen können, v.a. über eine Stimulierung der dopaminergen Neurotransmission.



© Anita Riecher-Rössler

Abb. 2: Psychose-Auslöser

Zentren für Psychose-Früherkennung

In vielen Ländern gibt es inzwischen Früherkennungs- und Frühinterventionszentren für Psychosen.

Schwerpunkte sind die ambulante Diagnostik, Differenzialdiagnostik und Einleitung von Therapien.

Dabei wird grösstmöglicher Wert auf einen schonenden Erstkontakt mit der Psychiatrie gelegt.

Das erste Zentrum in der Schweiz wurde 1999 unter dem Namen «**FePsy**» (**Fr**üherkennung von **Psy**chosen) an der Psychiatrischen Universitätspoliklinik Basel gegründet.

In der Regel werden mindestens zwei Termine zur Vervollständigung der Diagnostik benötigt. Bei entsprechendem Verdacht wird die klinisch-psychiatrische Diagnostik ergänzt um weiterführende differenzialdiagnostische Untersuchungen, insbesondere zur Abklärung möglicher körperlicher Ursachen für psychische Beschwerden. Diese Abklärung erfolgt mittels Laboruntersuchungen, Elektroenzephalografie und Magnetresonanztomografie des Kopfes. Ausserdem werden neuropsychologische Tests durchgeführt. Die Ergebnisse der Untersuchungen werden dem Patienten einfühlsam kommuniziert. Für den Zuweiser wird ein detaillierter Befund erstellt sowie eine individuelle Behandlungsempfehlung gegeben.

Frühintervention

Nach Abschluss der Diagnostik erfolgt zunächst eine ausführliche Beratung des betroffenen Patienten und – sein Einverständnis vorausgesetzt – auch des überweisenden Kollegen. Schliesslich wird auf Grundlage der Untersuchungsergebnisse eine individuelle Empfehlung für eine angemessene Therapie oder andere hilfreiche Massnahmen gegeben. Gemeinsam mit dem Patienten wird ein Behandlungsplan erstellt, der so weit wie möglich den niedergelassenen Kollegen und die Angehörigen miteinbeziehen sollte.

Im Rahmen von Frühinterventionsprogrammen wird eine stadienspezifische Behandlung angeboten. Hier muss klar unterschieden werden, ob es sich

a) schon um eine klare Psychose im Sinne einer Ersterkrankung handelt oder ob

b) noch ein Prodromalstadium vorliegt.

Bei dieser Unterscheidung richtet man sich weltweit derzeit nach den Kriterien von Yung et al. [1998], (s. Tab. 3a und 3b).

Tab. 3a: Risiko für Psychosen – gemessen mit dem Basel Screening Instrument für Psychosen [Riecher-Rössler et al., 2008]

- I** Das Individuum hat ein Risiko, eine schizophrene Psychose zu entwickeln, wenn es eines der folgenden Kriterien erfüllt:
- State**
- «Attenuierte» psychotische Symptome:
Psychotische Symptome unter Dekompensationsschwelle
(Skalen: Halluzinationen 2-3, ungewöhnliche Denkinhalte 3-4, Misstrauen 3-4, mindestens mehrmals pro Woche, insgesamt > 1 Woche anhaltend
ODER
 - BLIPS – Brief Limited Intermittent Psychotic Symptoms:
Psychotische Symptome über Dekompensationsschwelle
(Halluzinationen ≥ 4 , ungewöhnliche Denkinhalte ≥ 5 , Misstrauen ≥ 5 , Denkzerfahrenheit ≥ 5)
Jedes Symptom kürzer als 1 Woche mit spontaner Remission
- II Trait + State**
Erst- oder zweitgradig Verwandter mit Psychose und weitere Risikofaktoren laut Screeningbogen (BSIP)
- III Mischkategorie**
Kombination verschiedener Risikofaktoren laut Screeningbogen (BSIP)
- Aber Dekompensationskriterien für Psychose noch nicht erfüllt (s. Tab. 3b)!***
-

Tab. 3b: Kriterien der Psychose nach Yung et al. [1998]

-
- Mindestens eines der folgenden Symptome:
 - Misstrauen (BPRS¹ ≥ 5)**
Sagt, dass andere böswillig über ihn reden, böse Absichten haben oder ihn schädigen wollen (Vorfälle > 1/Woche ODER teilweise wahnhaftes Überzeugungsgefühl)
 - Ungewöhnliche Denkinhalte (BPRS ≥ 5)**
Eindeutiger Wahn mit Überzeugung ODER einigen gestörten Funktionsbereichen (nicht nur Beziehungsideen, Verfolgungsideen, ungewöhnlicher Glaube oder bizarre Vorstellungen ohne feste wahnhaftes Überzeugungsgefühle)
 - Halluzinationen (BPRS ≥ 4)**
Gelegentliche Halluzinationen ODER visuelle Halluzinationen >2/Woche
oder mit funktioneller Einschränkung (nicht nur Hören des eigenen Namens, non-verbale akustische oder formlose visuelle Halluzinationen)
 - Denkzerfahrenheit (BPRS ≥ 5)**
Sprache wegen Umständlichkeit, Sprunghaftigkeit, Neologismen, Sperrungen
oder Themenwechsel schwer verständlich (meistens ODER 3-5 Beispiele für inkohärente Redewendungen)
 - Symptome wenigstens mehrmals pro Woche
 - Veränderung des Psychostatus länger als eine Woche
-

¹BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale) nach Lukoff et al. [1986]

Frühbehandlung bei Individuen in einer potentiellen

Prodromalphase (Risiko-Individuen oder At Risk Mental State-Individuen)

Bei Menschen mit erhöhtem Risiko für eine Psychose-Entwicklung, also einem vermuteten Prodromalstadium, sollte die Behandlung sehr vorsichtig und im Allgemeinen noch ohne spezifisch antipsychotische Medikation, also ohne Neuroleptika, erfolgen. Generell wichtig ist zunächst der Aufbau einer guten therapeutischen Beziehung und die Hilfe bei aktuellen Problemen, inkl. psychosozialer Belastungen.

Neben unspezifischen Massnahmen etwa zur Stressreduktion sowie supportiven psychotherapeutischen Gesprächen ist von grösster Bedeutung eine sehr gute Psychoedukation. Das heisst, die Patienten sollten gut darüber aufgeklärt werden, dass sie ein gewisses Risiko haben, eine Psychose zu entwickeln, aber auch die Chance, bei geeigneten Vorsichtsmassnahmen, diese nicht zu entwickeln. Und sie sollten die Symptome einer zunehmenden Psychose sehr gut kennenlernen. Die Patienten sollten regelmässig gesehen und dazu motiviert werden, bei Verschlechterung der Beschwerden oder Auftreten von Symptomen sich sofort wieder an ihren Psychiater zu wenden, damit dann eine adäquate Behandlung erfolgen kann.

Eine Medikation sollte syndromorientiert erfolgen. So kann eine vorübergehende Verordnung von schlafverbessernden Medikamenten (kurzfristig Benzodiazepine oder Benzodiazepin-Agonisten, längerfristig sedierende Antidepressiva) oder von Antidepressiva bei depressiver Verstimmung sinnvoll sein.

Der Behandlungsvertrag sollte festhalten, dass aber bei späterer Entwicklung klarer psychotischer Symptome mit antipsychotischer Medikation begonnen wird. Es ist sehr wichtig, dies im Vorfeld möglichst schriftlich zu fixieren, da der Patient bei späterer psychotischer Dekompensation nicht mehr krankheitseinsichtig ist.

Spezifischere Massnahmen zur Reduktion präpsychotischer Symptome sowie zur Verhinderung des Übergangs in eine klare Psychose sind bisher nur in Studien, die noch nicht eindeutig bestätigt wurden, gezeigt worden (vgl. Tab. 4). Diese Studien zeigen bisher noch verschiedene Probleme: Sie sind oft nicht gut kontrolliert mit nur kleinen Stichproben und zeigen zum Teil widersprüchliche Befunde. Die Effekte sind meist nicht anhaltend und die notwendige Dauer der Intervention ist unklar.

Tab. 4: Studien zur Frühbehandlung von Patienten mit Psychose-Risiko

Evidenz für:

Reduktion präpsychotischer Symptome sowie der Transition in klare Psychose

- Kognitive Verhaltenstherapie (CBT) vs. Monitoring
- Omega-3-Fettsäuren (EPA), 1,2 g/d

Verzögerung der Transition:

- Kognitive Verhaltenstherapie (CBT) + niedrig dosiertes Risperidon vs. allgemeines Case Management
 - Olanzapin vs. Placebo
 - Antidepressiva
 - Stufenweises Vorgehen:
Risperidon + CBT vs. Placebo + CBT vs. Placebo + supportive Therapie
-

Übersicht bei: [McGorry et al., 2009; Yung et al., 2011]

Auf der Basis der derzeitigen Evidenzlage ist ein **stufenweises Vorgehen** wie in

Tabelle 5 beschrieben zu empfehlen (Tab. 5).

Tab. 5: Frühbehandlung bei erhöhtem Psychose-Risiko

- Aufbau einer therapeutischen Beziehung
- Stress und Stimuli reduzieren, Schlaf sicherstellen
- Benzodiazepine bis zur eindeutigen Diagnoseklärung
- Psychotherapeutische Interventionen zur Reduktion von Angst, Agitiertheit und Panik und supportive Psychotherapie
- Syndromorientierte Behandlung der aktuellen Symptome
- Psychoedukation (Patient und wenn möglich auch Angehörige)
- Behandlungsvereinbarung (möglichst schriftlich)
- Bei Bedarf sozialarbeiterische Massnahmen

Zusätzlich:

Bei geringem Risiko oder als 1. Schritt:

- kognitive Verhaltenstherapie, Omega-3-Fettsäuren?

Bei hohem Risiko (attenuierte psychotische Symptome oder BLIPS) und Nichtansprechen auf Schritt 1:

- Evtl. niedrig dosierte Neuroleptika
-

Frühintervention bei Ersterkrankten mit Psychose

Bei klarer psychotischer Dekompensation richten sich die Frühinterventionsmassnahmen nach verschiedenen Leitlinien, die inzwischen von der World Psychiatric Association (WPA), der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie (DGPPN), der World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) und dem National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) vorliegen (s. Tab. 6). Bei klarer psychotischer Dekompensation werden frühzeitig Neuroleptika (vorzugsweise atypische Neuroleptika in niedriger Dosierung) begleitet von supportiven Gesprächen, Psychoedukation, psychologischen Trainingsprogrammen und evtl. auch kognitiver Verhaltenstherapie, die speziell für Ersterkrankte entwickelt wurden, eingesetzt.

Tab. 6: Frühintervention bei Ersterkrankten mit Psychose in der Akutphase nach den Leitlinien der WPA, DGPPN, WFSBP, NICE

-
- Aufbau einer therapeutischen Beziehung
 - Stress und Stimuli reduzieren
 - Schlaf sicherstellen
 - Benzodiazepine bis zur eindeutigen Diagnoseklärung
 - Psychotherapeutische Interventionen zur Reduktion von Angst, Agitiertheit und Panik und supportive Psychotherapie
 - Atypische Neuroleptika in minimal effektiver Dosis über mindestens 1 Jahr, Atypika bevorzugen, da:
 - weniger EPMS
 - effektiver bzgl. Minussymptomatik und depressiver Begleitsymptomatik (wähle aufgrund des Nebenwirkungsprofils!!)
 - **Keine** Antidepressiva bei florider psychotischer Symptomatik!
-

«Atypische» Neuroleptika der neueren Generation werden u.a. deshalb vorgezogen, weil sie weniger stigmatisierende Nebenwirkungen wie Parkinsonoid oder Dyskinesien zeigen und von den Patientinnen und Patienten eher toleriert werden. So wurde in einer Vergleichsstudie zwischen vier verschiedenen Neuroleptika der

zweiten Generation (Amisulpirid, Olanzapin, Quetiapin, Ziprasidon) und niedrig dosiertem herkömmlichem Haloperidol letzteres deutlich schneller abgesetzt als die Neuroleptika der zweiten Generation [Kahn et al., 2008].

Die Prognose bei frühzeitiger Behandlung von Ersterkrankten ist sehr gut: 85% bis 90% erlebten eine volle oder partielle Remission der psychotischen Symptomatik innerhalb von 12 Monaten. Wichtig ist, in diesem Stadium eine gute therapeutische Beziehung mit Patient und Familie aufzubauen bzw. aufrechtzuerhalten – nicht zuletzt auch um die Medikamenten-Compliance sicherzustellen – und die Neuroleptika-Therapie mindestens 12 Monate nach Remission fortzuführen, da ansonsten ein sehr hohes Rückfallrisiko besteht. Sehr hilfreich ist es überdies, mit dem Patienten einen schriftlichen Vertrag bezüglich des Vorgehens bei Rückfall zu erstellen. Möglichst rasch sollte auch ein persönlicher Behandlungs- und Rehabilitationsplan mit dem Ziel der möglichst raschen sozialen und beruflichen Reintegration erstellt werden (Tab. 7).

Tab. 7: Therapie und Rehabilitation bei psychotischer Ersterkrankung *nach* der Akutphase.

-
- Neuroleptika über mind. 12 Monate nach Remission fortführen, dann evtl. sehr langsame Reduktion
 - Supportive Psychotherapie
 - Psychoedukation
 - Psychologische Trainingsprogramme
 - Kognitive Remediation zur Verbesserung kognitiver Einbussen
 - Soziale Massnahmen
 - Case Management
 - Ggfs. Assertive Community Treatment (ACT)
 - Angehörigenarbeit
 - Soziale Reintegration
 - Berufliche Rehabilitation
-

Hilfreich ist ein Case Manager, der die verschiedenen Angebote koordiniert. Wenn der Patient seine Termine nicht regelmässig wahrnimmt, muss auch eine

aufsuchende Betreuung zuhause erfolgen, evtl. durch ein multiprofessionelles Team, im Sinne eines ACT (Assertive Community Treatment).

Viele Patienten leiden noch nach Abklingen der psychotischen Symptomatik an kognitiven Einschränkungen, insbesondere der Aufmerksamkeit, des Arbeitsgedächtnisses und der Exekutivfunktionen. Diese können mit Hilfe der kognitiven Remediation bzw. kognitiven Rehabilitation behandelt werden. Dabei handelt es sich um verschiedene, zum Teil computergestützte Trainingsmassnahmen und auch verhaltenstherapeutische Massnahmen zur Verbesserung der kognitiven Funktionen. Die Behandlung dieser kognitiven Einschränkungen ist von enormer Bedeutung, nicht nur als Grundlage einer möglichst raschen beruflichen Wiedereingliederung, sondern auch zur Verbesserung der Krankheitseinsicht und damit der therapeutischen Allianz und der Medikamenten-Compliance. Auch die Beziehungs- und Funktionsfähigkeit in verschiedenen sozialen Rollen kann hierdurch verbessert werden.

Andere psychologische Trainingsprogramme trainieren – häufig aufbauend auf dem kognitiven Training – auch die soziale Wahrnehmung, die verbale Kommunikation, die sozialen Fertigkeiten oder interpersonelle Problemlösung. Auch solche Programme wurden zum Teil speziell für Ersterkrankte entwickelt.

Sehr wichtig ist die möglichst rasche soziale und berufliche (Re)integration der Patientinnen und Patienten zur Vermeidung von sozialer Desintegration und Stigmatisierung.

Dabei geht es um

- Einbeziehung des Lebensumfelds (Familie, Schule, Arbeitsplatz)
- Erhaltung der Lebenskontinuität
- Förderung der Alltagsbewältigung und der sozialen Rollenerfüllung
- Beruf, Beschäftigung, Wohnen, Partnerschaft, Selbstversorgung, soziale Kontakte etc.

Rückfallprävention

Von grosser Bedeutung für den weiteren Verlauf der Erkrankung ist eine gute Rückfallprävention. Wie schon 1995 basierend auf 28 Studien gezeigt werden konnte, liegt die Rückfallrate nach der ersten psychotischen Episode nach 24 Monaten ohne Neuroleptika bei etwa 80%, während sie mit Neuroleptika nur bei etwa 20% liegt (Abb. 3) [Gilbert et al., 1995].

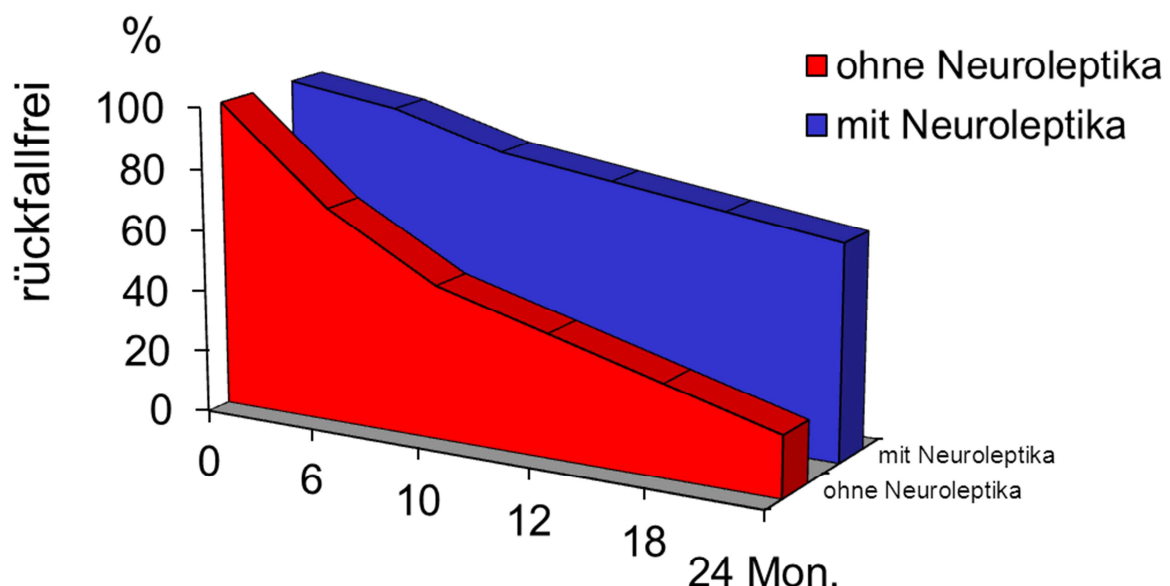


Abb. 3: Rückfallrate nach 24 Monaten.

Die Folgen eines Rückfalls können gravierend sein. Diskutiert werden sowohl eine Zerebrotoxizität, als auch eine Psychotoxizität und eine Soziotoxizität:

Zerebrotoxisch?

- Erhöhte Dauer bis zur Remission, weniger gute Remission
- Schwerere Behinderung

Psychotoxisch?

- Patienten schädigen sich selbst und/oder andere
- Aggression, Suizid, Risiko von Alkohol- und Drogenabusus, Jobverlust

Soziotoxisch?

- Burn out der Familie mit Schuldgefühlen, finanzielle Folgen, erhöhte «Expressed Emotion», Abbau des sozialen Netzes
- Einfluss auf Therapeuten: Desillusionierung
- Erhöhte Kosten

Für die Rezidivprophylaxe ist auf der Basis aktueller Leitlinien

(DGPPN/WSFBP/NICE) daher folgendes Vorgehen zu empfehlen:

- Kontinuierliche antipsychotische Therapie kann Rezidivrisiko um 2/3 verringern, also zur Langzeittherapie empfohlen! Monotherapie
- Auswahl der Medikation gemeinsam mit Betroffenen, Angehörigen, Betreuern; Nutzen-Risiko-Abwägung!
- Beibehalten des Neuroleptikums, mit dem Remission bei guter Verträglichkeit erreicht wurde
- Überlegene rezidivprophylaktische Wirkung von sog. Atypika
- Auf Nebenwirkungsrisiko achten
- Immer auch psycho- und soziotherapeutische Verfahren einsetzen

Depot-Antipsychotika

- Sollten grundsätzlich bei Langzeittherapie in Erwägung gezogen werden
- Besonders empfohlen bei unsicherer oraler Applikation, bei dringend notwendiger Therapie und bei Patientenpräferenz
- Vorteile:
 - Vermeidung first-pass Metabolisation
 - Vermeidung stärkerer Spiegelschwankungen ⇒ weniger unerwünschte Wirkungen
 - Gesicherte Applikation
- Auswahl anhand Nebenwirkungs-Profil
- Testdosen
- regelmässige klinische Kontrolltermine

Dauer der medikamentösen Rezidivprophylaxe

- Nach Erstmanifestation 1-2 Jahre ab vollständiger Remission und mindestens 2 Jahre lang weitere Überwachung
- Bei Erstmanifestation mit stabiler Remission und wichtigen Gründen gegen Fortsetzung der Medikation: nach schrittweiser Reduktion Versuch einer Intervalltherapie mit prodrombasierter Frühintervention ⇒ Voraussetzung: Psychoedukation, Aufspüren der Frühwarnzeichen, Krisennetz
Aber: Kontinuierlich ist besser als intermittierend!
- Nach erstem Rezidiv 2-5 Jahre
- Nach multiplen Rezidiven länger als 5 Jahre nach Vollremission (DGPPN) bis lebenslang
- Niedrige Dosierung: $\leq 300-600$ mg Chlorpromazin-Äquivalente

Medikamentöse Behandlungsresistenz

Laut neuerer Studien ist etwa ein Drittel bis ein Fünftel aller Patienten behandlungsresistent – 30% bezogen auf die Positivsymptomatik, 55% bis 65% unter Einbezug des Funktionsniveaus.

Unter Behandlungsresistenz wird eine unbefriedigende Verbesserung der Gesamtsituation verstanden, beinhaltend entweder persistierende Positiv- und Minussymptomatik, bizarres Verhalten, rezidivierende affektive Symptomatik, Suizidalität, niedriges Funktionsniveau, schlechte Lebensqualität, trotz

- nachweislicher Einnahme der empfohlenen Dosierung,
- mindestens 6-8 Wochen lang,
- Erprobung von mindestens 2 Antipsychotika, davon 1 Atypikum,
- Spiegelkontrollen und Compliance-Überprüfung,
- Berücksichtigung von Suchterkrankungen und Einnahme potentiell psychotogener Substanzen wie Cannabis etc. (s.o.),
- ausreichender supportiver Betreuung auch im Hinblick auf psychosoziale Probleme.

Das Vorgehen entsprechend der einschlägigen Leitlinien bei Behandlungsresistenz zeigt Tabelle 8.

Tab. 8: Vorgehen bei medikamentöser Behandlungsresistenz
nach den Leitlinien der DGPPN, WFSBP, NICE

-
1. Umstellung auf (anderes) Atypikum (Hinweise ohne ausreichende Evidenz auf Überlegenheit von Olanzapin, Risperidon)
 2. Umstellung auf Clozapin
 - Vorher anderes Antipsychotikum ausschleichen!
 - Start mit 15 mg, Ziel 400-500 mg (100-900 mg möglich)
 3. Keine Kombination von Antipsychotika

Ausnahme: in therapieresistenten Fällen Clozapin + anderes Atypikum (z.B. Risperidon, (Ami)-Sulpirid; Cave: keine Antipsychotika mit gleichen Nebenwirkungen wie Clozapin!)

4. Bei therapieresistenten affektiven Symptomen: Antidepressivum (Mood-Stabilizer wie Lithium, Carbamazepin, Lamotrigin erst nach Ausschöpfung anderer Optionen)
 - CAVE: nicht Carbamazepin + Clozapin kombinieren
 - Kognitive Verhaltenstherapie
 - EKT: ultima ratio mit Zustimmung des Patienten
-

Zusammenfassend ist festzustellen, dass heute schizophrene Psychosen ihren Schrecken verloren haben. Wenn diese Erkrankungen rechtzeitig erkannt und behandelt werden, können viele Patienten geheilt werden oder zumindest wieder ein ‚normales‘ Leben unter Wahrnehmung ihrer verschiedenen sozialen Rollen führen. Eine längere therapeutische Begleitung und Rückfallprophylaxe ist jedoch erforderlich, um die erzielten Erfolge auch aufrechtzuerhalten.

Wichtige Leitlinien und Websites

- DGPPN (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde) 2006, 32 S.
<http://www.dgppn.de/publikationen/leitlinien/leitlinien0.html>
- NICE (National Institute for Clinical Excellence, London) 2010, 497 S.
<http://www.nice.org.uk/guidance/index.jsp?action=download&o=43607>
- WFSBP (World Federation of Societies of Biological Psychiatry) Part I 2005, 60 S.; Part II 2006, 40 S.
<http://www.wfsbp.org/treatment-guidelines/schizophrenia.html>
- NIH (National Institutes of Health) Schizophrenia Core Interventions 2009, 399°S.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/bookshelf/br.fcgi?book=nicecg82&part=ch2>
- APA (American Psychiatric Association) Schizophrenia Practice Guidelines 2004, 184 S.; Update 2009, 10 S.
http://www.psychiatryonline.com/pracGuide/pracGuideTopic_6.aspx

Fragen

Frage 1: Welche der folgenden Risikofaktoren und Anzeichen können auf eine beginnende Psychose hindeuten?

- A. Veränderungen der Leistungsfähigkeit mit Konzentrationsstörungen, erhöhter Ablenkbarkeit, reduzierter Belastbarkeit bei Stress.
- B. Veränderungen des Wesens mit erhöhter Sensibilität und Überempfindlichkeit, aber auch Energielosigkeit und Antriebslosigkeit.
- C. Veränderungen der Gefühle mit Depression oder Gefühlsverflachung.
- D. Klagen über Mobbing.
- E. Genetische Belastung mit Alkoholkrankheit.
- F. Genetische Belastung mit schizophrener oder affektiver Psychose.

Antwort: Alle ausser E sind richtig.

Kommentar: Alle diese Frühzeichen können auf eine beginnende Psychose hindeuten bzw. Risikofaktoren mit Ausnahme der Alkoholkrankheit in der Familie, hier gibt es keinen direkten Zusammenhang.

Frage 2: Welche Frühsymptome sollten speziell an eine beginnende Psychose denken lassen?

- A. Misstrauen.
- B. Entwicklung ungewöhnlicher Interessen.
- C. Zunehmende Konzentrationsstörungen.
- D. Ungewöhnliche Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit mit Versagen in Ausbildung oder Beruf.
- E. All das sind äusserst unspezifische Zeichen, die keinesfalls auf ein erhöhtes Psychoserisiko hindeuten.

Antwort: Alle ausser E sind richtig.

Frage 3: Womit wird eine beginnende Psychose häufig verwechselt?

- A. Depressive Erkrankung.
- B. Mobbing.
- C. Angsterkrankung.
- D. Demenz.
- E. «Adoleszenten-Krise».
- F. Borderline-Persönlichkeitsstörung.
- G. Drogenpsychose.

Antwort: Alle ausser D sind richtig.

Kommentar: Alle anderen Diagnosen sind häufige Differentialdiagnosen der beginnenden Psychose, die eine genaue Anamnese, Untersuchung und Abklärung erfordern.

Frage 4: Welche der folgenden Aussagen zur beginnenden Psychose sind richtig?

- A. Bei den meisten Patienten beginnt die Psychose plötzlich und ohne Vorboten mit Wahn, Halluzinationen und Ich-Erlebnisstörungen.
- B. Initial haben die meisten Patienten unspezifische, uncharakteristische Symptome wie Schlafstörungen, Unruhe, Energielosigkeit, Antriebslosigkeit, Stimmungsschwankungen, Depressivität, Konzentrationsstörungen.
- C. Zum initialen Prodromalstadium gehören im weiteren Verlauf auch charakteristische Prodrome mit höherer diagnostischer Spezifität wie Misstrauen, plötzliche ungewöhnliche Interessen, eigentümliche

Vorstellungen, ungewöhnliches Erleben, ungewöhnliche Wahrnehmungen, Veränderungen der Sinneswahrnehmungen.

- D. Noch vor Beginn der klassisch psychotischen Symptomatik wie Wahn, Halluzinationen und Ich-Störungen kommt es häufig zu leichten, unterschwelligen, sogenannten attenuierten psychotischen Symptomen, z.B. dem Gefühl, andere seien gegen einen eingestellt, würden Dinge gegen einen unternehmen im Sinne eines beginnenden Verfolgungswahns, oder z.B. dem Gefühl, ganz normale Ereignisse der Umgebung würden sich auf einen selbst beziehen im Sinne eines beginnenden Beziehungswahns.
- E. Die Prodromalphase bis zur ersten psychotischen Dekompensation dauert im Durchschnitt vier bis fünf Jahre. Danach dauert es im Durchschnitt noch ein Jahr, bis die psychotische Symptomatik als solche erkannt und die Psychose diagnostiziert wird.

Antwort: Alle ausser A sind richtig.

Frage 5: Welche negativen Folgen der (beginnenden) schizophrenen Erkrankungen können wahrscheinlich durch eine frühe Behandlung verhindert oder vermindert werden?

- A. Unvollständige Remission der Symptomatik.
- B. Schlechte Compliance.
- C. Chronifizierung.
- D. Belastung für die Familien.
- E. Suizidrisiko.
- F. Es gibt keine gesicherten Erkenntnisse, dass durch eine Frühbehandlung etwas verbessert werden kann.

Antwort: Alle ausser F sind richtig.

Frage 6: Welches Verhalten ist richtig, wenn ein Patient mit einer fraglich beginnenden Psychose den Kontakt mit dem Arzt zu vermeiden sucht?

- A. Kontakt halten über die Angehörigen.
- B. Hausbesuch.
- C. Die Autonomie des Patienten muss respektiert werden, weitere ärztliche Bemühungen sind zu unterlassen.
- D. Klares, eindeutiges, ehrliches Verhalten.
- E. Auf die psychotische Angst eingehen, ohne den Patienten in den konkret psychotischen Ängsten zu bestätigen.
- F. Dringlich und mit allen Mitteln auf eine Abklärung in einem spezialisierten Zentrum hinwirken.

Antwort: Alle ausser C sind richtig.

Frage 7: Welche Hilfe benötigen Angehörige von Patienten mit (fraglich) beginnenden Psychosen?

- A. Sie sollten darüber aufgeklärt werden, dass sie die Autonomie des Patienten respektieren müssen und sich nicht weiter einmischen sollten.
- B. Die Angehörigen sollten selbstverständlich zu einem Gespräch mit dem Patienten zugezogen werden, in dem sie über den Verdacht auf eine beginnende Psychose und die Möglichkeiten der Frühbehandlung aufgeklärt werden.
- C. Angehörige sollten immer über die Notwendigkeit der weiteren Abklärung aufgeklärt werden.

- D. Die kontinuierliche Zusammenarbeit mit den Angehörigen um den Patienten zu einer Abklärung zu bewegen ist von überragender Bedeutung.
- E. Die Angehörigen sollten möglichst auch psychoedukatives Material erhalten, was sie dem Patienten zur Verfügung stellen können.
- F. Wenn möglich sollten auch Freunde des Patienten eingeschaltet werden, um ihn zur Abklärung und allenfalls Therapie zu bewegen.

Antwort: Alle ausser A sind richtig.

Frage 8: Wie kann eine sogenannte Drogenpsychose von einer beginnenden schizophrenen Psychose unterschieden werden?

- A. Die Unterscheidung ist nur im Verlauf möglich, da die sogenannte Drogenpsychose aufhört, wenn die psychoseauslösende Substanz abgesetzt wird.
- B. Wenn ein Patient die Psychose unter Cannabis oder einer anderen psychoseauslösenden Substanz neu entwickelt hat, kann in jedem Fall eine beginnende schizophrene Psychose ausgeschlossen werden.
- C. Bei Patienten, die anhaltend psychoseauslösende Substanzen, wie zum Beispiel Cannabis weiter benutzen, kann oft keine klare Trennlinie gezogen werden.
- D. In jedem Fall sollte beides behandelt werden, sowohl die Psychose als auch der Drogenabusus.

Antwort: Alle ausser B sind richtig.

Frage 9: Welche Untersuchungsmöglichkeiten zur Verifizierung des Verdachts auf eine beginnende schizophrene Psychose gibt es?

- A. Psychopathologie.
- B. Röntgen.
- C. Selbstbeurteilungs- und Fremdbeurteilungsinstrumente.
- D. Labor.
- E. EEG.
- F. Neuropsychologie.

Antwort: Alle ausser B sind richtig.

Frage 10: Die Frühintervention im *Prodromal*stadium sollte u.a. folgende Punkte umfassen:

- A. Sofortige hochdosierte Neuroleptika-Gabe.
- B. Beratung des Betroffenen und seiner Angehörigen bezüglich des Psychose-Risikos, der evtl. weiteren Entwicklung der Erkrankung und der therapeutischen Möglichkeiten.
- C. Aufbau einer guten therapeutischen Beziehung.
- D. Vertragliche Vereinbarung des Vorgehens bei psychotischer Dekompensation.
- E. Massnahmen zur Stressreduktion und ggfs. Schlafregulierung.
- F. Supportive psychotherapeutische Gespräche.

Antwort: Alle ausser A sind richtig.

Fallbeispiel

Eine verzweifelte Mutter kontaktiert telefonisch unsere psychiatrische Ambulanz. Ihr Sohn Kevin, 20 Jahre alt, mache ihr grosse Sorgen. Bis vor etwa drei Jahren habe er sich ganz normal entwickelt; seither sei er einfach nicht mehr der Alte. Früher sei er ein guter Schüler gewesen, jetzt komme er morgens kaum noch aus dem Bett, schwänze häufig die Schule, seine Leistungen würden immer schlechter, er habe eine Klasse wiederholt, dann bei der Matur versagt, drohe jetzt auch das zweite Mal zu versagen. Wenn man ihn darauf anspreche, reagiere er nur gereizt. Er wirke insgesamt sehr unruhig, nervös, habe sich von seinen Kameraden zurückgezogen, interessiere sich plötzlich für Astrologie und Spirituelles, lese ganz merkwürdige Bücher zu Themen, die ihn früher nie interessiert hätten. Sie vermute, er habe auch begonnen zu kiffen. Sie kenne ihren Sohn nicht mehr.

Frage 11: Was empfehlen Sie der Mutter?

- A. Der Mutter sollte eine ambulante Beratung angeboten werden.
- B. Der Sohn solle sich dringend bei einem Psychiater zur Abklärung vorstellen.
- C. Falls er das verweigere, solle er zumindest durch den Hausarzt gesehen werden, evtl. bei einem Hausbesuch. Der Hausarzt sollte psychiatrische Beratung im Hintergrund haben, speziell im Hinblick auf beginnende Psychosen.
- D. Wenn der Patient keine Abklärung wünsche, sei dies zu respektieren.
- E. Es handle sich hier wahrscheinlich um eine drogeninduzierte Symptomatik, die nach Sistieren des Cannabis von alleine verschwinden werde. Eine weitere Abklärung sei derzeit nicht nötig.

Antwort: D und E sind falsch.

Kommentar: Gerade bei beginnenden Psychosen entwickelt sich zunehmendes Misstrauen und die Krankheitseinsicht geht immer mehr verloren. Das heisst, dass solchen Patienten speziell und gerade auch dann nachgegangen werden sollte, wenn sie sich nicht mehr an jemanden um Hilfe wenden.

Cannabiskonsum kann die Symptomatik zwar triggern und verstärken, nicht selten besteht aber *gleichzeitig* auch eine beginnende schizophrene Erkrankung, die unbedingt abgeklärt werden muss.

Frage 12: Was ist die Gefahr, wenn dieser Patient nicht weiter abgeklärt und ggfs. behandelt wird?

- A. Entwicklung einer akut psychotischen Symptomatik mit Wahn, Halluzinationen, Ich-Störungen.
- B. Im Zusammen mit der akut psychotischen Symptomatik möglicherweise Eigen- und/oder Fremdgefährdung.
- C. Im Rahmen der akut psychotischen Symptomatik völliger Verlust der Krankheitseinsicht mit Verweigerung jeglicher Abklärung und Behandlung.
- D. Schlechtere Gesamtprognose mit verzögerter und unvollständiger Besserung der Symptomatik.
- E. Zwangseinweisung und lange Hospitalisierung.
- F. Zunehmende hirnstrukturelle und hirnfunktionelle Veränderungen.
- G. Stark erhöhte Belastung für die Familien und erhöhte Behandlungskosten.
- H. Verkennen wichtiger Differentialdiagnosen, z.B. einer organischen Psychose.

Antwort: Alle Antworten sind richtig, weshalb eine möglichst frühe Abklärung immer und unter Einsatz aller Möglichkeiten angestrebt werden sollte.

Frage 13: Wie könnte dieser Patient behandelt werden?

- A. Zunächst hat eine gute Diagnostik zu erfolgen, bei starker Angst oder Unruhe ggfs. unter vorübergehender Benzodiazepingabe. Die Behandlungsstrategie wird erst nach eindeutiger Diagnose zusammen mit dem Patienten festgelegt.
- B. Stimmungsverbessernde Medikamente wie Antidepressiva oder Antiepileptika («Mood Stabilizer») sind Mittel erster Wahl.
- C. Die Behandlung unterscheidet sich, je nachdem, ob noch ein Prodromalstadium diagnostiziert wird oder aber schon eine psychotische Dekompensation im Sinne einer Ersterkrankung vorliegt oder ob differentialdiagnostisch gar eine organische oder exogene Psychose festgestellt werden muss.
- D. Wenn es sich um einen Prodromalzustand handelt, würde der Patient vor allem gut aufgeklärt und psychotherapeutisch begleitet. Es würden Massnahmen zur Stressreduktion und Sicherstellung des Schlafs ergriffen. Eine neuroleptische Therapie würde mit ihm vertraglich vereinbart für den Zeitpunkt einer evtl. psychotischen Dekompensation.
- E. Bei psychotischer Ersterkrankung würde zusätzlich zu den oben genannten Massnahmen mit hoch dosierten herkömmlichen Neuroleptika begonnen werden.

F. Wenn der Patient auch Cannabis oder andere Drogen konsumiert, die die Symptomatik verstärken können, sollte zunächst nur eine diesbezügliche Suchtbehandlung eingeleitet werden.

Antwort: B, E und F sind falsch.

Kommentar:

- Antidepressiva sollten bei vermuteten Prodromalzuständen von Psychosen allenfalls in **zweiter** Linie eingesetzt werden, wenn das depressive Syndrom ganz im Vordergrund steht und (noch) keine psychotische Symptomatik vorhanden ist.
- Bei psychotischer Ersterkrankung, d.h. wenn erstmals klare psychotische Symptome wie Wahn, Halluzinationen, Ich-Störungen vorliegen, soll ein Neuroleptikum der **neueren** Generation nicht hoch, sondern **niedrig** dosiert (sog. atypisches N.) gegeben werden und kein herkömmliches.
- Die Behandlung der Sucht hat **keinen Vorrang**, sondern sollte gleichzeitig mit der Behandlung der (beginnenden) Psychose erfolgen (z.B. in speziellen Therapieprogrammen für Psychose-Patienten mit Sucht). Bei akuter psychotischer Symptomatik hat die antipsychotische Behandlung Vorrang.

Literatur

Gilbert PL, Harris MJ, McAdams LA, Jeste DV: Neuroleptic withdrawal in schizophrenic patients. A review of the literature. Arch Gen Psychiatry 1995;52:173-188.

Kahn RS, Fleischhacker WW, Boter H, Davidson M, Vergouwe Y, Keet IP, Gheorghe MD, Rybakowski JK, Galderisi S, Libiger J, Hummer M, Dollfus S, Lopez-Ibor JJ, Hranov LG, Gaebel W, Peuskens J, Lindefors N, Riecher-Rössler A, Grobbee DE: Effectiveness of antipsychotic drugs in first-episode schizophrenia and schizophreniform disorder: an open randomised clinical trial. Lancet 2008;371:1085-1097.

Kammermann J, Stieglitz RD, Riecher-Rössler A: "Selbstscreen-Prodrom" – Ein Selbstbeurteilungsinstrument zur Früherkennung von psychischen Erkrankungen und Psychosen. Fortschr Neurol Psychiatr 2009;77:278-284.

Löffler W, Häfner H, Fatkenheuer B, Maurer K, Riecher-Rössler A, Luthoft J, Skadhede S, Munk-Jorgensen P, Stromgren E: Validation of Danish case register diagnosis for schizophrenia. Acta Psychiatr Scand 1994;90:196-203.

Lukoff D, Liberman RP, Nuechterlein KH: Symptom monitoring in the rehabilitation of schizophrenic patients. Schizophr Bull 1986;12:578-602.

McGorry PD, Nelson B, Amminger GP, Bechdolf A, Francey SM, Berger G, Riecher-Rössler A, Klosterkötter J, Ruhrmann S, Schultze-Lutter F, Nordentoft M, Hickie I, McGuire P, Berk M, Chen EY, Keshavan MS, Yung AR: Intervention in individuals at ultra high risk for psychosis: a review and future directions. J Clin Psychiatry 2009;70:1206-1212.

Riecher-Rössler A, Aston J, Ventura J, Merlo M, Borgwardt S, Gschwandtner U, Stieglitz RD: Das Basel Screening Instrument für Psychosen (BSIP): Entwicklung, Aufbau, Reliabilität und Validität. Fortschr Neurol Psychiatr 2008;76:207-216.

Riecher-Rössler A, Gschwandtner U, Borgwardt S, Aston J, Pflüger M, Rössler W: Early detection and treatment of schizophrenia: how early? Acta Psychiatr Scand Suppl 2006:73-80.

Yung AR, Phillips LJ, McGorry PD, McFarlane CA, Francey S, Harrigan S, Patton GC, Jackson HJ: Prediction of psychosis. A step towards indicated prevention of schizophrenia. Br J Psychiatry Suppl 1998;172:14-20.

Yung AR, Phillips LJ, Nelson B, Francey SM, PanYuen H, Simmons MB, Ross ML, Kelly D, Baker K, Amminger GP, Berger G, Thompson AD, Thampi A, McGorry PD: Randomized controlled trial of interventions for young people at ultra high risk for psychosis: 6-month analysis. J Clin Psychiatry 2011;72:430-440.

Weitere Literatur bei der Verfasserin.

Haftungsausschluss

Die Informationen spiegeln die persönliche Meinung der Autorin des Moduls wider. Seitens der Partner und Sponsoren von eLearning Psychiatrie erfolgte keine Einflussnahme auf die Informationen, d. h. sie übernehmen keine Haftung. Ausführliche Informationen zu den Indikationen der einzelnen Antipsychotika finden Sie im Arzneimittelkompendium der Schweiz.